

UNIVERSITÉ DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNÉE 2026

N° 2026-18

NON RECOURS AUX SOINS DE PRÉVENTION CHEZ LES PERSONNES PRÉCAIRES

THESE
présentée
à l'UNIVERSITÉ de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement
Le 24 avril 2026
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Mme Amandine COPIN
Née le 29 novembre 1997 à Saint-Saulve (59)

Et

Par Mme Marie DELAUNAY
Née le 11 septembre 1997 à La Seyne sur Mer (83)

UNIVERSITÉ DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

De Amandine COPIN

Et Marie DELAUNAY

COMPOSITION DU JURY

Président :	Pr FRAPPE Paul	Faculté: Faculté de Saint-Etienne (42)
Assesseur :	Dr SAVALL Angélique Dr PHILIBERT Pascal	Faculté: Faculté de Saint-Etienne (42)
Directeur de thèse :	Dr FALCON Aurélien	Faculté: Faculté de Saint-Etienne (42)

LISTE DES DIRECTEURS DE THÈSE

Nom	Prénom	Spécialité	Grade
ALAMARTINE	Eric	Néphrologie	PUPH
AUBOYER	Christian	Anesthésie Réanimation	EMERITE
AZARNOUSH	Kasra	Chirurgie thoracique et vasculaire	PUPH
BARJAT	Tiphaine	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	MCUPH
BARRAL	Guy	Radiologie et imagerie médicale	EMERITE
BERTHELOT	Philippe	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	PUPH
BERTOLETTI	Laurent	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	PUPH
BEURET	Pascal	Médecine intensive Réanimation	PAST
BILLOTEY	Claire	Biophysique et médecine nucléaire	PUPH
BOISSIER	Christian	Médecine Vasculaire	EMERITE
BOTELHO	Elisabeth	Maladies infectieuses, maladies tropicales	PUPH
BOUFI	Mourad	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	PUPH
BOURLET	Thomas	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	PUPH
BOUTAHAR	Nadia	Biochimie et Biologie Moléculaire	MCUPH
BOUTET	Claire	Radiologie et imagerie médicale	PUPH
BRUNON	Jacques	Neurochirurgie	EMERITE
BRUEL	Sébastien	Médecine Générale	MCUMG
CAMBAZARD	Frédéric	Dermatologie, vénéréologie	EMERITE
CAMDESSANCHE	Jean-Philippe	Neurologie	PUPH
CATHEBRAS	Pascal	Médecine interne	PUPH
CELARIER	Thomas	Gériatrie	PAST
CHALAYER	Emilie	Hématologie	MCU-PH
CHARIER	David	Anesthésiologie-réanimation	PAST
CHARLES	Rodolphe	Médecine Générale	PAST
CHAULEUR	Céline	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	PUPH
CHAUVIN	Franck	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	PUPH
COTTIER JOUFRE	Michèle	Histologie Embryologie et Cytogénétique	PUPH
CROISILLE	Pierre	Radiologie et imagerie médicale	PUPH
DA COSTA	Antoine	Cardiologie	PUPH
DEBOUT	Michel	Médecine légale et droit de la santé	EMERITE
DELAVENNE	Xavier	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie	PUPH
DOHIN	Bruno	Chirurgie Infantile	PUPH
DUBAND	Sébastien	Médecine légale et droit de la santé	MCUPH
EDOUARD	Pascal	Physiologie	PUPH
FAKRA	Eric	Psychiatrie	PUPH
FARIZON	Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PUPH
FEASSON	Léonard	Physiologie	PUPH
FLORI	Pierre	Parasitologie et mycologie	PUPH
FONTANA	Luc	Médecine et santé au travail	PUPH
FOREST	Fabien	Anatomie et Cytologie Pathologique	MCUPH

FRAPPE	Paul	Médecine Générale	PUMG
GAGNEUX	Amandine	Maladies infectieuses, maladies tropicales	PU-PH
GAIN	Philippe	Ophtalmologie	PUPH
GALUSCA	Bogdan	Nutrition	PUPH
GARRAUD	Olivier	Immunologie	EMERITE
GAUTHERON	Vincent	MPR Pédiatrie	EMERITE
GERMAIN	Natacha	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale	PUPH
GEYSSANT	André	Physiologie	EMERITE
GIRAUD	Antoine	Pédiatrie	MCUPH
GIRAUX	Pascal	Médecine Physique et de Réadaptation	PUPH
GOCKO	Xavier	Médecine Générale	PUMG
GONTHIER	Régis	Gériatrie	EMERITE
GONZALO	Philippe	Biochimie et Biologie Moléculaire	PUPH
GRAMONT	Baptiste	Médecine interne	MCU-PH
GRATTARD	Florence	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	MCUPH
GUYOTAT	Lydia	Anatomie et Cytologie Pathologique	EMERITE
HUPIN	David	Physiologie	MCUPH
KARKAS	Alexandre	ORL	PU-PH
KLEIN	Jean-Philippe	Histologie Embryologie et Cytogénétique	MCUPH
KILLIAN	Martin	Médecine interne	MCUPH
LAFAGE PROUST	Marie-Hélène	Biologie cellulaire	PUPH
LAPORTE	Silvy	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie	PU-PH
LAVAL	Bastien	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie	MCAMG
LE HELLO	Claire	Chirurgie vasculaire médecine vasculaire	PUPH
LE ROY	Bertrand	Chirurgie digestive	PUPH
MAGNE	Nicolas	Radiothérapie	PUPH
MAILLARD	Nicolas	Néphrologie	PUPH
MAILLET	Denis	Oncologie	PAST
MARIAT	Christophe	Néphrologie	PUPH
MAROTTE	Hubert	Rhumatologie	PUPH
MASSOUBRE	Catherine	Psychologie	PUPH
MISMETTI	Patrick	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie	PUPH
MOLLIEX	Serge	Anesthésie Réanimation	PUPH
MOREL	Jérôme	Anesthésie Réanimation	PUPH
NERI	Thomas	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PUPH
OJARDIAS	Etienne	Médecine physique et de réadaptation	MCUPH
OLLIER	Edouard	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	MCUPH
PATURAL	Hugues	Pédiatrie	PUPH
PAUL	Stéphane	Immunologie	PUPH
PELISSIER	Carole	Médecine et santé au travail	PU-PH
PELLET	Jacques	Psychiatrie	EMERITE
PEOC'H	Michel	Anatomie et Cytologie Pathologique	PUPH
PERROT	Jean-Luc	Dermatologie, vénéréologie	PUPH
PEYRON	Roland	Neurosciences - Médecine palliative	PAST

PHELIP	Jean-Marc	Gastroentérologie hépatologie, addictologie	PUPH
PHILIPPOT	Rémi	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PUPH
PILLET	Sylvie	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	MCUPH
PLOTTON	Catherine	Médecine Générale	PAMG
POENOU	Géraldine	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie	MCU-PH
POZZETTO	Bruno	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	EMERITE
PRADES	Jean-Michel	ORL	EMERITE
PREVOT	Nathalie	Biophysique et biologie moléculaire	MCUPH
RAGEY PERINEL	Sophie	Médecine intensive réanimation	PUPH
SAVALL	Angélique	Médecine Générale	MCUMG
SCALABRE	Aurélien	Chirurgie infantile	PUPH
SCHNEIDER	Fabien	Radiologie et imagerie médicale	MCUPH
SEFFERT	Pierre	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	EMERITE
STEPHAN	Jean-Louis	Pédiatrie	PUPH
TARDY	Bernard	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	PUPH
THIERY	Guillaume	Médecine intensive réanimation	PUPH
THOLANCE	Yannick	Biochimie et Biologie Moléculaire	MCUPH
THOMAS	Thierry	Rhumatologie	PUPH
THURET	Gilles	Ophtalmologie	PUPH
TIFFET	Olivier	Chirurgie thoracique et vasculaire	PUPH
TROMBERT-PAVIOT	Béatrice	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	PUPH
VASSAL	François	Neurochirurgie	PUPH
VERGNON	Jean Michel	Pneumologie	EMERITE
VERHOEVEN	Paul	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	PUPH
VIALLO	Alain	Médecine d'urgence	PAST
WAECKEL	Louis	Immunologie	MCU-PH
WILLIET	Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie	PUPH
ZENI	Fabrice	Médecine intensive réanimation	PUPH

Légende :

PU-PH :	Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
MCU-PH :	Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
PA :	professeur associé des universités à mi-temps
Prof. Emérite :	Professeur admis à la retraite
MCUMG	Maître de Conférences des Universités de médecine générale
PUMG	Professeur des Universités de médecine générale
MCAMG	Maître de conférences associées de Médecine générale
PAMG	Professeur associé de médecine générale

Mise à jour : 04/10/2024

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque."

REMERCIEMENTS GÉNÉRAUX

Au Professeur Paul FRAPPE. Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre jury. Nous vous sommes reconnaissantes pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Au Docteur Aurélien FALCON. Nous te remercions d'avoir été notre tuteur pendant ces trois années et d'avoir ensuite endossé le rôle de directeur de thèse. Nous te sommes reconnaissantes pour l'aide que tu nous as apportée et pour ta bienveillance durant tout ce temps.

Au Docteur Angélique SAVALL. Nous te remercions d'avoir accepté de faire partie du jury. Nous te sommes reconnaissantes pour le temps que tu nous as accordé et pour tes conseils éclairés tout au long de ce travail.

Au Docteur Pascal PHILIBERT. Nous te sommes reconnaissantes d'avoir accepté de siéger au jury de cette thèse.

Nous tenions à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à ce travail. La réalisation de cette thèse n'aurait pas été possible sans eux. Nous leur sommes reconnaissantes pour le temps et l'intérêt accordés.

REMERCIEMENTS AMANDINE

Aux différents professionnels de santé qui ont su me transmettre leur passion pour l'humain et la médecine. Merci à votre bienveillance au sein des services que j'ai pu côtoyer pendant mon externat (la gériatrie de l'Hôpital Saint Vincent de Paul de Lille qui m'a formée, avec la médecine infectieuse de Denain) et mon internat (je n'oublierai pas les urgences et le fameux service de cardiologie d'Annonay, qui m'ont fait devenir un couteau suisse, ainsi que le stage de gynécologie de Roanne, qui m'a fait repousser mes limites et même apprécier la gynécologie !). Merci de m'avoir aidé à m'épanouir.

A mon unique binôme sans qui cette thèse n'aurait jamais vu le jour. Merci Marie pour ton soutien, ton travail et ta motivation inestimable. Je suis fière de notre belle équipe !

A ma famille évidemment pour leur soutien durant ces longues années d'études. Je n'oublierai jamais ces soirées révisions auxquelles vous avez presque tous participé ! Merci d'avoir cru en moi et d'avoir été présent aussi pour m'écouter me plaindre après les journées intenses de stage.

A mon merveilleux mari, merci pour ta patience, ton empathie et toutes ces escapades qui m'ont permis de surmonter ces années difficiles. Merci de m'inviter si souvent à lâcher prise sur mon travail qui est devenu une passion. Enfin, merci de me pousser à être toujours une meilleure personne.

A mon père qui est parti au début de cette aventure, merci pour la force de caractère que tu m'as transmise et le courage de ne jamais abandonner que tu m'as inculqué (je tiens ça de maman aussi !). Je n'aurais jamais pu réussir sans toi et d'ailleurs je ne me serai sûrement pas lancée dans ces études sans toi.

Je suis heureuse de vous montrer ma réussite et j'espère avoir pu tous vous rendre fiers.

REMERCIEMENTS MARIE

A maman, papa, Céline. « *Nos cerveaux et nos paroles ne pourront jamais raconter; seul notre cœur pourra le vivre* ». Aucun des mots que j'emploierai ne sera à la hauteur pour vous exprimer ma reconnaissance et mon amour. Je ne peux imaginer plus belle famille que la nôtre.

A nos animaux. « *Tous les silences ne font pas le même bruit* », mes amis. Merci pour tout.

A Amandine. Je n'aurais pu espérer avoir une meilleure co-thésarde que toi. Merci pour ton implication dans ce travail, merci de m'avoir permis d'y participer, merci de m'avoir fait découvrir la personne incroyable que tu es. A notre thèse Voldemort, la seule, l'unique, la dernière, une belle étape de franchie.

A l'équipe de la MSP d'Ambierle. A vous tous qui rendez ce lieu agréable, j'ai plaisir à travailler avec chacun de vous. Spéciales dédicaces : **Amélie, Justine.** A votre simple présence qui illumine mes journées. **Aurélie, Jean-Yves, Pascal.** Mes chers médecins, merci pour votre apprentissage et votre bienveillance. Je suis heureuse d'avoir eu la chance d'évoluer à vos côtés.

A Camille, Cyril, Hélène, Manon, Manon, Miriama, Zaza. Pour citer Gandhi, « *on reconnaît le degré de civilisation d'un peuple à la manière dont il traite ses animaux*. Merci de m'avoir ouvert les portes de cette SPA et de m'avoir permis d'y trouver mon propre refuge. #Annonay, ville du cool. Dédicace à ces merveilleux poilus : à ceux qui ont trouvé leur famille, à ceux qui l'attendent encore, à ceux qui nous ont quittés... de belles rencontres, de riches souvenirs.

A Claire. Je remercie Riga qui a vu naître cette belle amitié. A nos folles aventures, puissent-elles ne jamais s'arrêter. Je te réserve ces quelques mots qui te seront familiers « *bonheur, bonheur et rebonheur* ». Merci pour tout mon tétatome.

A Hélène. Je ris toujours autant en repensant à certaines péripéties de notre externat et à celles de Hong-Kong. Merci d'être présente pour ce jour important, ça compte beaucoup.

A Marie-Cécile. Je te remercie pour ta présence et ton soutien en toutes circonstances. Tu as adouci mon internat de la plus belle des manières. A tes trois petits chats qui méritent leur place sur cette page.

A mes co-internes de gynécologie. Merci pour cette bonne humeur permanente qui a fait de ce stage le meilleur de mon internat. **Amandine, Anaïs, Elise, Marion, Naylla, Yasmine,** vous avez rendu de durs moments plus légers à porter, de fades plats savoureux et m'avez apporté de grands moments de rires ! A **Germaine** notre mascotte, ou l'art d'être une endive. Les filles, une dernière chose : « *Hé hé docteur* », parole de chat.

Je clôture mes remerciements par la citation d'une poète qui a toujours été à mes côtés : « *Œuf je fus, larve j'ai été, en nymphe évoluais-je, serais-je papillon ?* »

LISTE DES ABREVIATIONS

HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
AM	Assurance Maladie
ODENORE	Observatoire des non-recours aux droits et aux services
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
AuRA	Auvergne-Rhône-Alpes

RÉPARTITION DE LA RECHERCHE

Les deux thésardes ont participé de manière équitable à l'élaboration de cette thèse. Chacune d'elle a réalisé un recrutement selon son lieu d'exercice et d'habitation. Les entretiens individuels semi-dirigés ont été menés de manière équitable. L'analyse des entretiens et l'écriture des résultats ont été réalisées directement en binôme. Un double codage a été fait. La rédaction de la thèse a ensuite été réalisée en deux temps. Chacune faisait ses recherches et écrivait une première version puis s'en suivait une mise en commun pour permettre une fluidité d'écriture et de lecture.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCTION.....	4
MÉTHODE.....	6
1 - Population.....	7
2 - Recrutement.....	7
3 - Recueil des données.....	7
4 - Analyse des données.....	7
5 - Aspects réglementaires.....	7
RÉSULTATS.....	8
1 - Représentation de la prévention.....	9
2 - Non recours aux soins par non connaissance.....	10
La non information.....	10
La non compréhension.....	10
3 - Non recours aux soins par non demande.....	10
Se réapproprier sa santé : entre autonomie et défiance.....	10
Une socialisation à la santé marquée par le milieu d'origine.....	11
Prendre soin autrement : la prévention comme expérience située.....	11
Le non-concernement : « je vais bien, donc je n'ai pas besoin ».....	12
4 - Non recours aux soins par non proposition et non orientation.....	12
Rôle du médecin généraliste.....	12
Rôle des autres professionnels de santé.....	12
Rôle des centres sociaux.....	13
5 - Non recours aux soins par non réception.....	13
DISCUSSION.....	13
1 - Résultats principaux et comparaisons avec la littérature.....	14
2 - Forces et faiblesses de l'étude.....	14
3 - Perspectives.....	15
CONCLUSIONS.....	15
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	18
ANNEXES.....	20
1 - Score EPICES simplifié.....	20
2 - Fiche recrutement.....	21
3 - Notice d'information.....	22
4 - Fiche de consentement.....	23
5 - Guide d'entretien.....	24
6 - Guide d'entretien modifié.....	25
MOTS-CLÉS.....	26

RÉSUMÉ

Introduction : Le non recours aux soins des personnes en situation de précarité est une thématique mise en avant par les pouvoirs publics faisant de la prévention un vecteur général de promotion en santé. Le constat est qu'une moindre participation aux actions de prévention chez cette population contribue à une altération de leur état de santé.

Objectif : L'objectif principal était d'explorer les dynamiques de non-recours en matière de prévention des personnes en situation de précarité.

Méthode : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés (de juin 2025 à janvier 2026) dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Des volontaires âgés de 18 à 75 ans et répondant au score EPICES simplifié ont été sélectionnés. Une analyse par triangulation a été réalisée.

Résultats : Les dix-huit entretiens ont suggéré une dynamique de priorisation des besoins du quotidien, laissant peu de place à la prévention. Les pratiques culturelles et familiales étaient privilégiées, en raison d'un sentiment de méfiance envers le système de santé. Les structures sociales semblent être un élément clé pour faire le lien avec le système médical.

Conclusion : Notre étude suggère que cette population a une logique propre conduisant à un continuum entre recours et non recours. Ces résultats sont cohérents avec la littérature préexistante. Une meilleure prise en compte par le système de santé et du contexte culturel semblent être des pistes intéressantes à explorer pour améliorer l'accès aux soins de ces individus.

ABSTRACT

Introduction : The non-take-up of healthcare among people in precarious situations is a theme highlighted by the public authorities, making prevention a general vector for health promotion. The observation is that a lower participation in prevention actions among this population contributes to an alteration of their health status.

Objectives : The main objective is to explore the dynamics of non-take-up of healthcare of people in precarious situations by focusing our thinking on prevention. The secondary objective is to present a way to reduce these obstacles and improve prevention.

Method : This is a qualitative study conducted by semi-structured interviews (from June 2025 to January 2026) in the Auvergne-Rhône-Alpes region. Volunteers aged 18 to 75 who met the criteria of the simplified EPICES score were selected. A triangulation analysis was performed.

Results : The eighteen interviews suggested a dynamic of prioritization of daily needs, leaving little room for prevention. Cultural and family practices were favored, due to a feeling of mistrust towards the health system. Social structures seem to be a key element in making the connection with the medical system.

Conclusion : Our study suggests that this population follows its own logic leading to a continuum between resorting and not resorting. These results are consistent with the pre-existing literature. Better consideration by the health system and the cultural context seem to be interesting ways to explore for improving these individuals' access to care.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit dans sa constitution de 1946 la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (1). Elle énonce également que le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux inhérents à l'être humain. Il implique, entre autres, celui de la prévention et de pouvoir bénéficier librement d'un accès aux structures de santé mises à disposition.

La prévention a été définie en 1948 par l'OMS comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ».

Elle s'articule autour de trois axes (primaire, secondaire et tertiaire) qui ne seront pas différenciés dans cette étude (2).

Les différentes actions mises en place pour agir sur la prévention peuvent donc passer par des programmes de vaccinations (prévenir l'apparition de maladies ou réduire les formes graves), d'éducation à la santé (conseils sur la nutrition, l'activité sportive, les toxiques) et de dépistages précoces des maladies chroniques ou des cancers (dépistages organisés).

Ces actions de prévention vont de pair avec l'accès aux soins. L'OMS caractérise ce dernier comme « *la capacité des personnes à recevoir des soins quand ils sont nécessaires et au bon endroit* ».

Cet accès aux soins a été facilité par la mise en place d'un système de remboursements des frais de santé par un organisme qu'est l'Assurance Maladie (AM), créée en 1945. Cependant, les bouleversements socio-économiques tels que la crise de 2007 et l'augmentation du chômage ont creusé les inégalités en santé.

Le terme de précarité a été publié pour la première fois en 1987, par Joseph Wrezinski, dans son rapport intitulé « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* ». Il la définit par « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». Il avait ajouté qu'« *elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* » (3).

L'état de précarité n'est donc pas un phénomène irréversible, mais se positionne dans une dynamique évolutive multidimensionnelle. De nombreux facteurs peuvent être impliqués et conduire à diverses formes de précarité (d'accès, financière, matérielle, sociale, culturelle, résidentielle, numérique, ...). En 2010, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) estimait que la précarité, au sens global de sa définition, touchait 20% de la population française (4). La précarité financière est la forme la plus souvent évoquée de par l'existence d'un seuil de pauvreté nationalement établi. Ce seuil correspond à un revenu mensuel minimum. Il est fixé à 60% du niveau de vie médian de la population (5). Les dernières observations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) rapportaient qu'en 2022 la France métropolitaine comptait 9,1 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté monétaire, atteignant un taux à 14,4% (5). Ce taux avait atteint les 12,7% de la population résidant dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (AuRA) en 2020 (6).

La diminution des budgets des ménages, associée à une baisse de participation des systèmes de remboursement ont conduit à une majoration du non recours aux soins (7).

Définie au début des années 90, la notion de « non-recours » fait référence « à toute personne qui — en tout état de cause — ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services à laquelle elle pourrait prétendre ». L'Observatoire des non-recours aux droits et aux services (ODENORE) distingue plusieurs types de non-recours : (8)

- La non connaissance (lorsque l'offre n'est pas connue) ;
- La non demande (quand elle est connue mais non demandée) ;
- La non réception (lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue) ;
- La non proposition (lorsque l'offre n'est pas activée par les agents prestataires malgré l'éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l'offre).

D'après une enquête de l'Insee réalisée en 2020 sur les ressources et conditions de vie, 4,4 % de la population déclarait avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical dont 2,0 % pour raison financière (9). Ce non recours est à l'origine d'une inégalité d'accès aux soins.

Sur un rapport de l'Insee datant de 2007 et intitulé « La santé des plus pauvres », il y faisait mention que les personnes en situation de précarité financière consultaient moins un médecin généraliste que le reste de la population. Cela concernait 21% des individus de moins de cinquante ans contre 17% dans le reste de la population du même âge. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein montrait également un écart puisque 34% des femmes âgées de plus de quarante ans n'avaient pas réalisé de mammographie contre 19% pour le reste de la population du même âge (10, 11).

En France, l'état de santé des populations en situation de précarité représente une problématique majeure. De nombreuses études ont montré un lien direct entre la précarité et la dégradation de l'état de santé d'un individu (12, 13). Cela passe par une augmentation de l'incidence de la morbi-mortalité cardiovasculaire, par une détérioration de la santé mentale (14), par une exposition accrue aux maladies chroniques, aux cancers, aux déséquilibres alimentaires, aux comportements à risque (15).

Si le non recours aux soins a été étudié, le non recours à la prévention reste peu exploré, notamment sous l'angle des représentations et des logiques d'action des individus. Or la prévention repose sur une anticipation du risque qui peut entrer en tension avec les contraintes du quotidien des personnes en situation de précarité. Cette tension interroge la pertinence des modèles classiques du non recours aux soins et invite à repenser les déterminants du non recours. Comment les personnes en situation de précarité construisent-elles leur rapport à la prévention, et en quoi ce rapport redéfinit-il la notion de non recours aux soins ?

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude était d'explorer les freins rapportés par ces personnes les conduisant à un non recours en matière de prévention.

MÉTHODE

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée entre juin 2025 et janvier 2026.

1 - Population

Les entretiens ont été réalisés auprès de personnes majeures, d'âge compris entre dix-huit et soixante-quinze ans et identifiées comme étant en situation de précarité. Nous avons décidé d'exclure les individus mineurs et ceux âgés de plus de soixante-quinze ans ne rentrant plus dans la tranche d'âge concernée par les dépistages organisés. La condition de précarité était évaluée par le biais d'une fiche de recrutement sur laquelle figurait le score EPICES simplifié (Annexe 1). Celui-ci est un score validé scientifiquement prenant en compte la précarité de manière multidimensionnelle. Une personne qui avait un score supérieur ou égal à quatre sur onze était considérée comme étant en situation de précarité.

2 - Recrutement

Les individus ont été recrutés dans plusieurs départements de la région AuRA. Différentes structures sociales ont été contactées par téléphone, mail ou lors d'une rencontre en présentiel. Le sujet du travail de thèse leur était expliqué et leur autorisation demandée afin de venir y déposer la fiche de recrutement. Un échantillonnage raisonné a été utilisé afin de diversifier les profils des individus (âge, genre, situation socio-professionnelle et familiale). Un âge compris entre dix-huit et soixante-quinze ans ainsi qu'un score EPICES simplifié supérieur ou égal à quatre remplissaient les critères d'inclusion. Cela permettait à la personne volontaire de passer à la seconde étape, celle d'un entretien individuel après avoir donné son consentement écrit.

3 - Recueil des données

Les entretiens ont été conduits par les deux thésardes entre juin 2025 et janvier 2026. Les rendez-vous étaient fixés en fonction des convenances des participants, sans limite de durée et dans une pièce au calme. Les échanges ont été enregistrés par un téléphone portable, après accord du participant. Ils ont été retranscrits intégralement. L'anonymisation a été réalisée à l'aide de chiffres. Les enregistrements ont été détruits à la fin de l'étude. Le guide d'entretien comprenait des questions ouvertes favorisant une liberté de réponse. La personne était questionnée sur ses connaissances générales en matière de prévention, sur ses opinions et expériences personnelles, ainsi que sur le non recours aux soins auquel elle pouvait être confrontée. Il a été préalablement testé au cours des deux premiers entretiens. Il a été modifié au fil de l'étude pour améliorer le recueil des informations.

4 - Analyse des données

L'analyse des données a été conduite selon les principes de l'analyse phénoménologique interprétative. Chaque entretien a fait l'objet d'une lecture approfondie et répétée, visant à identifier les éléments significatifs du discours et à comprendre la manière dont les participants donnaient sens à leur expérience. Dans un premier temps, une analyse idiographique a été réalisée pour chaque entretien, en privilégiant une compréhension fine et contextualisée de chaque récit. Dans un second temps, une mise en perspective transversale a permis d'identifier des convergences et des divergences de sens entre les expériences, tout en respectant la singularité de chaque parcours. Chaque entretien a été analysé indépendamment par les deux enquêtrices, en aveugle l'une de l'autre, puis les analyses ont été confrontées et discutées afin d'enrichir l'interprétation et de renforcer la rigueur analytique.

5 - Aspects réglementaires

Le comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne a rendu un avis favorable pour cette étude (n°IRBN882025/CHUSTE) et son document d'information des participants le 6 juin 2025. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration simplifiée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 24 juillet 2025.

RÉSULTATS

Dix femmes et huit hommes dont l'âge variait entre vingt-cinq et soixante-quinze ans ont accepté de réaliser un entretien. Trois individus ont refusé de participer à l'entretien car ils ne souhaitaient pas être enregistrés vocalement et ont demandé à ce que les données les concernant n'apparaissent pas dans l'étude.

Tableau I : Tableau des enquêtés

Individu (nombre)	Genre	Age (en années)	Situation professionnelle	Parité	Situation personnelle	Lieu de vie	Durée (en minutes)	Score EPICES
1	F	75	Retraitée	0	Célibataire	Urbain	25	8
2	F	62	Secrétaire	/	Célibataire	Urbain	28	6
3	H	31	Sans emploi	/	Célibataire	Urbain	13	10
4	F	63	Retraitée	/	Célibataire	Urbain	18	7
5	F	70	Retraitée	/	/	Urbain	14	5
6	F	69	Retraitée (ancienne infirmière)	/	Célibataire	Rural	36	5
7	F	66	Retraitée (ancienne bonnetière)	/	Célibataire	Rural	52	4
8	F	61	Reclassement	3	Couple	Urbain	120	4
9	F	56	Sans emploi	3	Célibataire	Urbain	81	7
10	H	40	Sans emploi	1	Couple	Urbain	17	4
11	F	28	Caissière	1	Couple	Rural	20	5
12	H	41	Sans emploi	0	Célibataire	Urbain	10	9
13	H	26	Sans emploi	0	Célibataire	Urbain	15	8
14	H	66	Fonctionnaire	3	Célibataire	Urbain	20	8
15	H	40	Sans emploi	/	Célibataire	Urbain	13	11
16	H	25	Sans emploi	0	Célibataire	Urbain	11	6
17	H	54	Sans emploi	2	Couple	Urbain	42	9
18	F	57	Agent d'entretien	0	Célibataire	Urbain	52	10

* Les cases dans lesquelles figurent « / » illustrent une absence de données.

H: Homme - F: Femme

1 - Représentation de la prévention

La prévention en santé était souvent associée à la notion de « *prendre soin de sa santé* » (I7). Pour certains, elle se traduisait par l'accès aux soins, « *avoir un médecin* » (I1), et recourir à des examens médicaux : « *Voir s'il y a à passer une radio, voir s'il y a des prises de sang à faire [...] ou à adresser vers un spécialiste* » (I6).

D'autres mettaient davantage l'accent sur des modes de vie sains : « *Je fais du sport [...] je fais attention à ce que je mange, je fais aussi attention à mon sommeil* » (I3) associés à une dimension psychique et culturelle « *bien jeûner, méditer et lire* » (I3). Les participants évoquaient également la place de la « *vie sociale* » dans la santé (I4). Elle apparaissait pour plusieurs comme une composante essentielle du bien-être et donc de la prévention.

Enfin, la prévention était aussi envisagée sous l'angle de l'accès à l'information : « *C'est être informé sur tout ce qui existe, les lieux où on peut s'adresser [...] par rapport à différentes maladies, que ce soit des maladies physiques ou psychologiques* » (I4). La représentation de la prévention par les personnes en situation de précarité rejoignait les définitions institutionnelles tout en se confondant souvent avec une conception plus globale de la santé et du « bien vivre ».

2 - Non recours aux soins par non connaissance

La non information

La plupart des participants jugeaient la prévention insuffisante « *la prévention en même temps, on ne peut pas dire que c'est énorme. À part les courriers qu'on reçoit à 50 balais* » (I9). Certains évoquaient ne pas avoir reçu ou reconnu ces messages : « *Ah ben moi, je n'ai jamais reçu de dépistage au niveau frottis* » (I7) ; « *Je ne savais pas que ça en était* » (I11). Pour ceux-ci, l'information était recherchée « *auprès des réseaux sociaux* » (I18) dont la facilité d'accès et la généralisation donnaient une valeur de confiance aux messages délivrés à l'origine d'une meilleure adhésion.

La non compréhension

Certains participants manifestaient une compréhension partielle ou erronée des messages de prévention, « *j'ai fait un test de sida... c'est comme un frottis* » (I11), illustrant les décalages possibles entre les messages de santé et leur interprétation.

Des fausses croyances autour de la vaccination motivées par la crainte pouvaient entraîner un non recours : « *A force de se faire vacciner, on n'a plus d'anticorps* » (I7). Pour pallier cette incompréhension, certains exprimaient le besoin d'informations plus accessibles : « *Les campagnes de vaccination contre la grippe, il y aurait peut-être manière de faire quelque chose de moins brusque* » (I6) ou encore « *Le tabac tue, ouais, mais comment ?* » (I8).

Des incompréhensions étaient évoquées en lien avec la cohérence même du discours préventif face à la tolérance sociale de certaines consommations : « *C'est l'alcool et le tabac qui tuent des millions de Français dans ce pays. Et pourtant, c'est légalisé* » (I3).

De plus, les pathologies ciblées par la prévention ne semblaient pas s'intégrer dans leur quotidien. Ils déploraient le manque de prévention davantage ciblée sur leurs besoins ressentis : « *On ne sait pas ce qu'on devrait faire pour le diabète, pour éviter les complications. Il n'y a pas d'examen anticipé. Il n'y a rien, c'est pas comme le cancer* » (I18). C'était parfois un défaut de lisibilité et d'appropriation personnelle des messages de santé qui semblait freiner le recours à la prévention.

3 - Non recours aux soins par non demande

Se réapproprier sa santé : entre autonomie et défiance

Une affirmation de soi et une recherche de souveraineté sur sa santé, parfois en opposition avec l'autorité médicale, étaient à l'origine d'une culture de la distance « *je suis mes propres règles* » (I3).

Parallèlement, une méfiance marquée envers les professionnels semblait émerger : « *Je ne vois pas trop leur utilité. C'est plus des charlatans qu'autre chose* » (I3). Certains exprimaient aussi une désillusion « *il n'y a pas un médicament qui soigne réellement, ça m'énerve* » (I5) et une méfiance envers les firmes pharmaceutiques « *trop de produits chimiques, on ne fait plus confiance depuis la crise de Covid...c'est plus le commerce que de chercher le bien des gens* » (I18). Une notion de complotisme émergeait majorant la défiance envers les institutions « *jamais je ferais ce genre de truc, j'ai pas envie d'avoir une puce dans l'organisme* » (I3).

La médecine censée rentrer dans une démarche bienveillante était perçue comme déshumanisante « *la vie de l'être humain est devenue un objet* » (I18), au profit d'une rentabilité économique « *ils veulent l'argent. C'est du fric, du fric, du fric tout le temps* » (I5).

Ces attitudes semblaient être liées à une lecture sociale propre aux personnes précaires revendiquant une autonomie sur leur santé.

Une socialisation à la santé marquée par le milieu d'origine

Il ressortait des entretiens une confiance en l'efficacité de produits naturels « *les anciennes civilisations avaient plus de connaissances* » conduisant à une bonne santé ressentie « *à long terme, c'est les plantes qui sont plus efficaces que les médicaments* » (I18). Cela allait même jusqu'à privilégier des pratiques culturelles en dépit du dépistage du cancer colorectal « *il faut toujours rajouter du curcuma sur la viande rouge* » (I18). Pour certains, le recours primaire résidait dans l'utilisation de ces méthodes jugées plus naturelles et applicables au quotidien.

De fait, le besoin de soin arrivait en dernier recours, en cas de nécessité réelle ressentie : « *Si c'est un truc qui m'arrive, comme un accident de voiture, un truc assez grave, là je ferais appel à leurs services* » (I3). La prévention restait associée à la maladie plutôt qu'au maintien de la santé, les faisant entrer dans une dynamique de recours aux soins particulière. Ainsi, une distinction émergeait entre le besoin réel et le besoin ressenti.

Le non-recours a pu s'enraciner dans une socialisation familiale où la santé n'a pas été valorisée comme un capital à préserver « *je pense que c'est aussi une habitude de ne pas prendre soin de soi parce qu'on ne m'a jamais appris à prendre soin de moi* » (I9), renforçant une culture de la distance aux soins.

Prendre soin autrement : la prévention comme expérience située

Chez plusieurs personnes interrogées, le rapport à la prévention ne se construisait pas dans la continuité, mais dans la réaction à un événement vécu ou observé. L'expérience personnelle ou celle de l'entourage jouait alors un rôle déclencheur : « *Il faut que je refasse pour le zona, parce que j'ai ma belle-sœur qui a eu un zona* » (I5). Ces situations révélaient une prévention « par sursaut », motivée par la proximité du risque plutôt que par une logique d'anticipation.

La prévention était perçue comme utile quand le danger devenait concret, visible, incarné dans une histoire proche. À l'inverse, lorsque le risque paraissait abstrait ou aléatoire, il tendait à être relativisé : « *Je connais quelqu'un, il a jamais fumé et il est mort d'un cancer du poumon [...] alors je fume, je m'en fous* » (I1).

La vision à court terme de ces personnes aux modes de vie instables créait un rapport aux soins particulier. L'action par réactivité au besoin rendait difficile la prévention.

Le non-concernement : « je vais bien, donc je n'ai pas besoin »

La non-demande s'appuyait fréquemment sur un sentiment d'absence de besoin immédiat : « *Je n'ai pas de problème de santé particulier, ça va* » (I3) ou encore « *Je me suis pas fait vacciner pour le Covid parce que je me sentais pas malade* » (I13). Cela exposait les difficultés d'adopter une attitude préventive pour cette population, quand sa définition se confondait avec celle du soin. De plus, les pratiques jugées à risque (tabac, alcool) étaient souvent intégrées à des équilibres de vie : « *Je bois une bière ou deux, tranquille, comme ça* » (I3) ; « *La pause clope, pour être en bonne santé* » (I4). Ces comportements faisaient partie du quotidien et participaient d'un bien-être psychique ou social plus que d'un refus de la santé « *on a tendance plus à chercher justement du réconfort dans les addictions d'alcool, du tabac, du shit [...] d'évader le cerveau un peu* » (I12).

Le non-recours aux soins par non-demande ne suggérait pas une absence totale d'informations ou de moyens, mais plutôt une position active de retrait, construite à partir d'expériences, de valeurs et de rapports différenciés à la santé et aux institutions.

4 - Non recours aux soins par non proposition et non orientation

Rôle du médecin généraliste

Pour la majorité des personnes interrogées, le médecin généraliste ne jouait pas pleinement son rôle de prévention. Les consultations étaient perçues comme centrées sur la prescription plutôt que sur les conseils pratiques : « *J'attends vraiment du médecin qu'il m'explique [...] mais les médecins qui communiquent, il n'y en a pas des masses* » (I6) ; « *La seule chose [...] c'est médicaments, c'est pas un conseil* » (I5). Cette distance mise par le manque d'échange était à l'origine du non recours nourrissant un sentiment d'invisibilité et de négligence préventive : « *Si je n'arrive pas avec la question, je n'ai pas l'impression qu'elle va me parler de quelque chose* » (I2).

Le manque d'accompagnement était également ressenti après les dépistages : « *Ils vous disent allez-vous faire tester pour la vue, allez pour les oreilles. Oui, mais après, on fait quoi ? [...] donc la prévention, c'est bien. Mais l'accompagnement derrière, ce serait mieux* » (I7).

Ces observations exposaient une ambivalence de la personne précaire entre une volonté d'autonomisation sur sa santé et une attente plus orientée du système de soin.

Rôle des autres professionnels de santé

Face à cette carence perçue, d'autres figures professionnelles apparaissaient comme plus disponibles et pédagogiques : « *J'ai peut-être plus de chances avec mon pharmacien que je n'en ai avec le médecin [...] ils sont à l'écoute* » (I6). Ces professionnels, jugés plus accessibles au quotidien, jouaient le rôle d'interface entre les usagers précaires et le système de santé. Ils incarnaient une prévention de proximité, plus informelle mais souvent mieux reçue.

Les médias et réseaux sociaux complétaient ces relais : « *J'écoute des fois des émissions à la télévision, sur la santé, j'aime bien regarder* » (I1). Ces sources « *plus simples* » (I5) traduisaient une quête d'informations compréhensibles et vulgarisées.

Rôle des centres sociaux

Les centres sociaux, CCAS ou associations constituaient des espaces cruciaux de repérage et de soutien : « *Heureusement, j'en ai parlé à une personne des centres sociaux* » (I1) ; « *J'ai fait une demande avec le CCAS et j'ai eu une aide de la sécu* » (I5). Ces structures permettaient une médiation entre les usagers et les institutions sanitaires, notamment en aidant à formuler les démarches administratives ou à rétablir la confiance dans le soin. Elles apparaissaient ainsi comme des lieux de prévention sociale, capables de compenser, au moins partiellement, les manquements du système de santé classique. En jouant le rôle de médiateurs, certaines faisaient appel à des soignants pour promouvoir la santé sur place et renforcer l'adhésion. A contrario, une sur sollicitation de ces structures entravait l'autonomie « *on se sentait harcelé plus qu'aidé* » (I18).

Dans certaines structures, la réalisation de dépistages ciblés était proposée de manière systématique. Ceci pouvait être vécu comme une imposition de prévention « *vous allez faire le test de sida, on n'est pas n'importe qui pour faire n'importe quoi. On est pas des barjots, on réfléchit quand même* » (I18). Ce sentiment de stigmatisation produisait un rejet du système de santé, conduisant au renoncement progressif à la prévention.

5 - Non recours aux soins par non réception

Les difficultés économiques constituaient une cause majeure de renoncement aux soins. Elles ne concernaient pas tant la consultation du médecin traitant, souvent perçue comme accessible, mais plutôt les prescriptions qui en découlaient.

Les dépenses associées aux besoins de santé étaient vécues comme des obstacles insurmontables : « *Les lunettes, les dents, les oreilles, ça coûte la peau des fesses. C'est quand même trois choses essentielles.* » (I7) À cette contrainte financière s'ajoutait un sentiment d'injustice sanitaire, où la santé devenait un marqueur d'inégalités : « *On n'est pas soigné au même titre que celui qui a plus de moyens* » (I2) ; « *C'est le régime du porte-monnaie* » (I6). Ainsi, malgré un accès aux soins favorisé par des aides financières, il persistait un sentiment de domination sociale qui se répercutait sur le plan de la santé.

Le renoncement aux soins n'était jamais absolu. La question financière s'inscrivait dans un système de priorisation plus large, où les décisions de santé se confrontaient à d'autres nécessités du quotidien, mais aussi à des préférences personnelles et des croyances : « *Je fais passer en priorité de garder mon toit sur la tête, ensuite mon fils... nous, on passe en dernier* » (I11). Certaines personnes privilégiaient des pratiques perçues comme naturelles ou facilement accessibles, telles que l'homéopathie ou la gelée royale pour « *immuniser un peu tout* » (I1), mettant en avant leur perception d'un rapport coût-bénéfice-utilité. Ce comportement traduisait une logique où l'action sur la santé se faisait selon ses propres critères, combinant raison économique, confiance dans certaines pratiques et défiance relative à la médecine conventionnelle.

La santé était ainsi reléguée au second plan d'une économie du quotidien. Un des individus nous évoquait ses difficultés au quotidien avec la gestion de son traitement « *l'insuline, c'est pas qu'on n'y pense pas, mais on essaie de trouver quelque chose pour dormir, pour survivre. Et puis après, l'insuline il faut la mettre au frigo* » (I14). Les conditions de vie impactaient drastiquement le rapport au soin qui, malgré son importance connue, était laissé de côté.

La notion de non recours apparaît ici insuffisante pour décrire des comportements qui relèvent davantage d'un choix construit que d'un défaut d'accès. Ces résultats suggèrent un modèle dans lequel le non recours à la prévention résulterait d'une interaction entre contraintes structurelles, représentations sociales et expériences individuelles.

DISCUSSION

1 - Résultats principaux et comparaisons avec la littérature

Cette étude qualitative avait pour objectif d'explorer les dynamiques de non-recours en matière de prévention des personnes en situation de précarité. Elle suggère un continuum entre recours et non recours. En effet, il a pu être exposé dans notre étude que ces personnes restaient très soucieuses de leur état de santé. Leur logique de recours à la prévention est cependant modulée par « *un ensemble de contraintes, de natures différentes, (qui) vient les obliger à reporter à plus tard le souci pour leur santé* » (13), comme l'évoque Antoine Rode dans son travail.

Les dynamiques de non recours retrouvées dans notre étude coïncident avec celles évoquées dans les recherches anglophones telles que celles parues en 2017 de Sarah Hanson. Celles-ci suggèrent une perception du risque influencée par la situation sociale des personnes en marge du système de soins qui privilégient une approche réactive plutôt que préventive (16).

La résultante de conditions de vie difficiles et d'incertitudes liées à l'instabilité du quotidien des personnes précaires serait à l'origine d'une dynamique de priorisation de leurs besoins au profit des besoins sociaux primaires. Cela rejoint les observations de l'anthropologue La Rosa Emilio dans son ouvrage intitulé « *Santé, précarité, exclusion* » paru en 1998 (17). Le non recours par l'absence de besoin ressenti est également retrouvé dans l'étude qualitative de Nouvelle-Aquitaine parue en 2017 (18). Cela fait réfléchir à la validité de la définition même du non recours et à son adaptation à une échelle individuelle.

Certaines personnes de l'étude avaient une conception singulière de l'accès aux soins, par processus de méfiance et tentatives de regagner en autonomie. Un rejet du corps médical et des firmes pharmaceutiques se faisait au profit de méthodes ancestrales jugées plus naturelles et applicables au quotidien.

Notre étude suggère un impact de l'héritage culturel médical dans les prises de décisions pour la santé par les personnes en situation de précarité. Ces décisions ne coïncidaient pas toujours avec les recommandations de la médecine moderne et peu d'études dans la littérature ont pu être menées sur le sujet.

Dans le constat d'une médecine traditionnelle profondément enracinée dans la transmission culturelle, l'OMS est à l'initiative de projets continus visant à développer les connaissances sur celle-ci. L'objectif étant de renforcer la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'accessibilité de cette médecine traditionnelle (19, 20). L'OMS espère ainsi amener à une visibilité de ces usages tout en renforçant le parcours de soins et l'adhésion à la prévention des populations précaires (21).

2 - Forces et faiblesses de l'étude

L'utilisation du score EPICES simplifié, validé en population française, a pu quantifier de manière objective la précarité en prenant en compte le caractère multidimensionnel de celle-ci. Le score EPICES simplifié moyen a été calculé à sept et expose la difficulté à cibler des personnes en grande précarité. Son utilisation simplifiée dans cette étude constitue une limite pouvant réduire la finesse d'évaluation. Ceci a été contrebalancé par l'aspect multicentrique du recrutement bien qu'il se soit limité à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

La mixité de notre échantillonnage (âge, genre, situation socio-professionnelle et familiale) a permis d'appréhender de manière globale la question de non recours. Les personnes recrutées cotoyaient souvent des centres sociaux ce qui a pu influencer une partie des réponses et de la sélection.

Un biais de désirabilité sociale peut exister car les thésardes ont pu être rarement introduites comme étudiants en médecine. Leur positionnement en tant qu' internes de médecine générale a été pris en compte par les investigatrices afin de limiter le biais d'interprétation.

Les aprioris portés ont pu être formalisés en amont, limitant le biais de suggestion lors des entretiens. Enfin, l'analyse réalisée est une force majeure de notre travail ayant permis d'amoindrir la nécessité d'un échantillon volumineux.

3 - Perspectives

Les centres sociaux ont une position de choix pour aborder le sujet de la prévention. Le concept de « l'aller-vers », déjà en expansion, serait à développer davantage pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins. Une évaluation systématique des déterminants sociaux de la santé réalisée au cabinet (par un.e infirmier.ère ou un.e assistant.e médical.e) pourrait permettre un meilleur repérage de leur vulnérabilité.

La promotion de la parole du patient lors de séances de groupe d'éducation thérapeutique inciterait à l'acceptation de la position « centrée patient » du médecin et l'intégration de l'héritage culturel. Ce temps d'échange ferait émerger un apport bilatéral de connaissances. Un annuaire référençant les structures sociales de proximité ferait un lien utile pour la relation de soin.

L'idée de cibler différentes tranches d'âges en milieu scolaire par le biais de professionnels de santé améliorerait la culture médicale.

Notre thèse fait partie d'un grand sujet portant sur le non recours aux soins. De nombreuses catégories de populations restent à cibler telles que les étudiants, les personnes âgées, les mineurs, les professions à responsabilités et bien d'autres... Des études comparatives peuvent être enrichissantes pour améliorer la prévention dans son ensemble. Il serait intéressant de compléter notre étude par des études quantitatives permettant une généralisation plus importante sur le territoire. Un travail qualitatif du point de vue médical avec la position des professionnels de santé sur leur rôle de soignant face à la précarité enrichirait également l'étude.

CONCLUSIONS

Notre étude suggère que les personnes en situation de précarité ont un rapport à la prévention qui leur est propre, conduisant à un continuum entre recours et non recours. Il s'inscrit dans un rapport « urgent » aux soins, marqué par un quotidien incertain qui laisse peu de place à l'anticipation pour sa santé. Le capital social et culturel hérité semble avoir un impact plus important que les messages de prévention délivrés par le système de santé. Les difficultés de réalisation d'action de prévention viennent d'une appropriation partielle des messages, de leur décalage avec les réalités vécues et d'une défiance envers les institutions sanitaires. Malgré des outils pour favoriser l'accessibilité, les conditions socio-économiques restent à l'origine d'une inégalité d'accès aux soins. Notre étude évoque l'ambivalence de la personne précaire entre une volonté d'autonomisation sur sa santé et une attente plus orientée du système de soin. Une prévention ciblée par le concept de « l'aller-vers » en favorisant les structures sociales permettrait de lutter contre le non recours.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE JEAN MONNET
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

CONCLUSIONS

Notre étude suggère que les personnes en situation de précarité ont un rapport à la prévention qui leur est propre, conduisant à un continuum entre recours et non recours. Il s'inscrit dans un rapport "urgent" aux soins, marqué par un quotidien incertain qui laisse peu de place à l'anticipation pour sa santé. Le capital culturel hérité semble avoir un impact plus important que les messages de prévention délivrés par le système de santé. Les difficultés de réalisation d'action de prévention viennent d'une appropriation partielle des messages, de leur décalage avec les réalités vécues et d'une défiance envers les institutions sanitaires. Malgré des outils pour favoriser l'accessibilité, les conditions socio-économiques restent à l'origine d'une inégalité d'accès aux soins. Notre étude évoque l'ambivalence de la personne précaire entre une volonté d'autonomisation sur sa santé et une attente plus orientée du système de soin. Une prévention ciblée par le concept de "l'aller-vers" en favorisant les structures sociales permettrait de lutter contre non recours. Un cheminement reste à poursuivre afin d'inclure les personnes en situation de précarité dans un parcours de soin qui leur ressemble.

VU ET
PERMIS D'IMPRIMER

A Saint-Etienne, le

Vu,
le Directeur de la Thèse,



Vu,
le Président du Jury,

P. FRAPPE

Vu,
le Doyen de la Faculté,

Ph. BERTHELOT



Vu,
le Président de l'Université

F. PIGEON



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Santé et droits de l'homme [25 février 2026]. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
2. Haute Autorité de Santé. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives [25 février 2026]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
3. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. N°6. Journal officiel de la République française ; 1987.
4. Lang T. Les caractéristiques des inégalités sociales de santé. N°73. Revue du Haut Conseil de la Santé Publique ; 2010.
5. Institut national de la statistique et des études économiques. L'essentiel sur... la pauvreté. [25 février 2026]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5759045#onglet-1>
6. Institut national de la statistique et des études économiques. Panorama de la pauvreté en Auvergne-Rhône-Alpes : une diversité de situations individuelles et territoriales [25 février 2026]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7676467>
7. Wong M D et al. Am J Public Health. Effects of cost sharing on care seeking and health status : results from the Medical Outcomes Study. Division of General Internal Medicine and Health Services Research. 2001 ; 9 , (11) : 1889-94.
8. Waren P. Le non-recours : définition et typologies [25 février 2026]. https://odenore.msh-alpes.fr/sites/default/files/Mediatheque/Documents_pdf/documents_travail/wp1.pdf
9. Lapinte A. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions - Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins [25 février 2026]. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/la-mesure-du-renoncement-aux-soins-est-tres-sensible-la-formulation-des>
10. Institut national de la statistique et des études économiques. La santé des plus pauvres [25 février 2026]. <https://www.bnsf.insee.fr/ark:/12148/bc6p06zt4nw/fl.pdf>
11. Economou C et al. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. Social Cohesion and Development. 2016 ; 9, (2) : 99–115.
12. Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France 2002 [25 février 2026]. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=71>
13. Rode A. Le “non-recours” aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes [25 février 2026]. <https://theses.hal.science/tel-00488403v1>
14. Glonti K et al. A systematic review on health resilience to economic crises. *PLoS One*. 2015 ; 10, (4) : 1-22.
15. Peretti-Watel P. La prévention primaire contribue-t-elle à accroître les inégalités sociales de santé ? Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2013 ; 61 : S158–62.
16. Hanson S et al. Cancer risk in socially marginalised women: An exploratory study. National Institutes of Health. 2019 ; (220) :150–158.
17. La Rosa E. Santé, précarité, exclusion. Paris. Presses universitaires de France ; 1998.

18. Observatoire régional de la santé. Facteurs de non-recours aux soins des personnes en situation de précarité [25 février 2026]. https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2017/10/11.Nonrecours_Soins_Rapport.pdf
19. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie de l’OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [25 février 2026]. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e78cad62-5d20-4b8e-a8f5-d2302f52bf9b/content>
20. Organisation Mondiale de la Santé. Projet de stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle (2025-2034) [25 février 2026]. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_16-fr.pdf
21. Fondation Pierre Fabre. Les enjeux de la médecine traditionnelle au cœur de la Conférence 2018 [25 février 2026]. <https://www.fondationpierrefabre.org/fr/suivre-notre-action/les-enjeux-de-la-medecine-traditionnelle-au-coeur-de-la-conference-2018/>

ANNEXES

1 - Score EPICES simplifié

Il s'agit d'un score établi en 1998 par un groupe de travail constitué de membres des centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie, du Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des CES) et de l'Ecole de santé publique de Nancy. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle des correspondances et de régression multiple ont permis de sélectionner onze questions qui résument à 90% la situation de précarité d'un sujet.

QUESTIONS	OUI	NON
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?		
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?		
Vivez-vous en couple ?		
Êtes-vous propriétaire de votre logement ?		
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentaire, loyer, EDF...) ?		
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?		
Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ?		
Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ?		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ?		
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage, des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?		
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage, des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		

* Les cases grisées sont cotées « 1 », les cases blanches sont cotées « 0 ». Un score supérieur ou égal à quatre fait considérer la personne comme étant en situation de précarité.

2 - Fiche recrutement

Bonjour Madame, Monsieur,

Nous sommes un binôme de chercheuses et nous travaillons sur le thème de la prévention en santé. Nous recherchons des personnes qui seraient intéressées pour participer à notre étude. Pour cela, il vous suffit dans un premier temps de compléter entièrement le formulaire au dos de cette feuille. Vous n'aurez besoin que de quelques minutes pour répondre à ces questions !

Toutes les informations recueillies seront utilisées uniquement pour notre étude et par notre équipe de recherche. A l'issue de la réception de votre formulaire, si vous complétez les critères d'inclusion de notre étude pour participer à un entretien.

Nous vous remercions pour votre participation ! 😊

Sexe : F ► M ►

Âge :

Profession (*si sans emploi, merci de le préciser*) :

Ville d'habitation :

Code postal :

QUESTIONS	OUI	NON
Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?		
Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?		
Vivez-vous en couple ?		
Êtes-vous propriétaire de votre logement ?		
Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentaire, loyer, EDF...) ?		
Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?		
Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ?		
Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ?		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou enfants ?		
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage, des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?		
En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage, des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?		

Encore merci d'avoir pris le temps de remplir ce formulaire !

3 - Notice d'information

LE NON RECOURS A LA PRÉVENTION CHEZ LES POPULATIONS PRÉCAIRES Notice d'information du volontaire.

Coordonnées de l'investigateur coordonnateur
(responsable du traitement des données et de la
recherche)

COPIN Amandine et DELAUNAY Marie

Coordonnées du Délégué à la Protection des
Données

Pour le CHU

Direction du système d'information

Rue Bossuet, 42055 Saint-Etienne Cedex 2

Mail : rgpd-dpd@chu-st-etienne.fr

Pour l'Université

Université Jean-Monnet / Saint-Etienne

Mail : cil@univ-st-etienne.fr

Madame, Monsieur,

Nous sommes un binôme de deux étudiantes et nous nous intéressons à l'accès au soin, notamment à la prévention en santé. D'après une enquête de l'INSEE réalisée en 2020 sur les ressources et conditions de vie, 4,4 % de la population déclarait avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical dont 2,0 % pour raison financière. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de faire cette étude portant sur le non recours à la prévention.

Objectif de l'étude : L'objectif de notre étude est de comprendre le rapport à la prévention chez les patients en situation de précarité.

Déroulement : Pour mener notre étude, nous réaliserons des entretiens individuels semi-dirigés dans une pièce au calme. Pendant cet entretien, l'une de nous vous posera plusieurs questions ouvertes sans durée de réponse préétablie. Le but sera de recueillir vos opinions, ressentis et expériences personnelles sur votre rapport à la prévention.

Avec votre accord, nous enregistrerons l'entretien afin de réaliser une retranscription au plus proche de la réalité. L'enregistrement audio sera nécessaire pour que nous puissions exploiter vos réponses. Il restera strictement confidentiel et vos réponses seront anonymisées et utilisées uniquement à des fins d'analyse. Avec votre accord, nous retranscrirons ces données en mentionnant votre sexe, âge, profession et zone d'habitation. Celles-ci resteront strictement confidentielles et leur accès sera limité à l'équipe de recherche.

Bénéfices et risques : Notre étude ne comporte pas de bénéfice ni de risque pour vous. Nous faisons cette étude avec l'ambition de comprendre la perception des personnes en situation de précarité, en matière de prévention et des freins à son accès. Il sera intéressant de compléter cette étude par d'autres de plus grande ampleur afin d'espérer un impact sur la qualité de vie des patients.

Informations réglementaires : Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique de vos données personnelles va être mis en œuvre afin de pouvoir répondre aux objectifs scientifiques de cette recherche, dans une finalité d'intérêt public. Dans ce but, les données médicales vous concernant, seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte, en France. Ces données seront identifiées par un numéro ainsi qu'un code fait de la 1^{ère} lettre de votre nom et de votre prénom. Ces données

pourront également, dans des conditions expérimentales assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises, à l'Université de Saint-Etienne.

Conformément au Règlement Européen n°2016/679 sur la Protection des Données, vous pouvez :

- demander à avoir accès, à rectifier, à recevoir sous un format lisible numériquement ou à effacer les données vous concernant
- vous opposez au recueil et à la transmission de vos données ou limiter l'utilisation de vos données uniquement à cette étude ou à d'autres situations précises
- en cas de désaccord, procéder à une réclamation auprès de la Commission Nationale de de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS ou sur <https://www.cnil.fr/webform/adresser-une-plainte>

Vos données seront conservées jusqu'à la rédaction du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées durant 15 ans (comme pour les recherches hors produits de santé impliquant la personne humaine). Vous êtes libre de refuser ou d'interrompre votre participation à cette étude à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans avoir à vous justifier. Votre décision d'opposition ou de non opposition sera documentée dans votre dossier médical.

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le 06/06/2025.

4 - Fiche de consentement

Je soussigné(e) M./M^{me} (Nom, Prénom)

déclare avoir été bien informé(e) sur l'étude « titre ». J'accepte de participer à cette étude dans les conditions précisées ci-dessus.

Fait à Saint-Etienne, en deux exemplaires dont un est remis à l'intéressé(e).

Nom du médecin	Nom du volontaire
Prénom du médecin	Prénom du volontaire
Date : / / 20.....	Date : / / 20.....
Signature du médecin	Signature du volontaire

Cadre réservé à l'opposition

Je soussigné(e) M./M^{me} (Nom, Prénom)

souhaite m'opposer à l'utilisation de mes données dans le cadre de cette étude intitulée « Titre de l'étude ».

Date de l'opposition : / /	Signature du volontaire :

5 - Guide d'entretien

Thème	Question principale	Questions complémentaires	Questions de clarification
La prévention	Comment définiriez-vous la prévention en santé ? Avez-vous déjà bénéficié de mesures de prévention ?	Que pouvez-vous donner comme exemple de prévention en santé ? Que connaissez vous comme dépistage organisé ? Que pensez-vous de la vaccination obligatoire et de celle conseillée (grippe, covid, pneumocoque) ?	Donnez-moi des exemples de dépistages possibles (Cancers, MST, maladies chroniques)
Opinions personnels	Pour vous, quel est l'intérêt de la prévention ?	Pouvez-vous détailler avec des exemples ? En quoi participer aux dépistages, aller chez le médecin généraliste et se faire vacciner peuvent avoir un impact sur votre vie quotidienne ?	Donnez-moi des exemples précis de changements que cela apporte dans votre quotidien
Réaction/action	Comment avez vous eu des informations concernant la prévention ? Qui vous en a parlé ? Comment trouvez-vous l'information faite au sujet des mesures de prévention que ce soit au sujet des dépistages /vaccination/recommandations sur l'hygiène de vie (alimentation, consommation de toxiques, pratique d'activité physique) ?	Que pensez-vous des slogans publicitaires ? Des affiches faites à ce sujet ? Comment cela pourrait-il être fait autrement ? Quelles sont vos attentes concernant la place de votre médecin traitant ?	Comment pensez-vous que vous pourriez intégrer la prévention primaire dans votre vie quotidienne ? Comment ce sujet de prévention primaire pourrait davantage vous concerner ?
Sentiments	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour appliquer les conseils de prévention de votre médecin ?	Concrètement donnez-moi des exemples de situations où vous n'avez pas pu consulter le médecin. Quelles choses précisément vous ont empêché de consulter ?	Que faudrait-il mettre en place pour vous aider ?

6 - Guide d'entretien modifié

Thème	Question principale	Questions complémentaires	Questions de clarification
La prévention	Comment définiriez-vous la prévention en santé ?	⇒ donner petite def de prévention: tout ce qu'on peut mettre en place pour éviter l'apparition d'une maladie ou l'aggravation d'une maladie déjà existante.	Donnez-moi des exemples de mesures de prévention/ dépistages possibles si vous avez ? permet de faire rebondir
Opinions personnels	Pour vous, quel est l'intérêt de la prévention ? Comment considérez vous votre santé actuelle ? Comment gérez-vous votre équilibre de vie ? Quelle place donneriez-vous à votre santé par rapport à votre situation actuelle ? Comment vous positionnez-vous par rapport aux consommations addictives ? tabac, alcool, stupéfiant ?	Pouvez-vous détailler avec des exemples ? Concrètement comment pourriez-vous améliorer votre santé ? Qu'est ce que cela vous apporte au quotidien ? Dans quelle mesure les consommations (alcool, tabac, etc.) jouent-elles un rôle de régulation émotionnelle ou sociale dans un contexte de vulnérabilité ?	
Réaction/ action	Comment avez vous eu des informations concernant la prévention ? Qui vous en a parlé ? Comment et qui vous a appris à prendre soin de votre santé ? Avez-vous vécu des situations de difficulté de compréhension sur les messages de prévention ? Quelles ont été les structures ou personnes qui ont pu vous aider et vous expliquer plus clairement/ simplement ?	Quelles sont vos attentes concernant la place de votre médecin traitant ?	Comment pensez-vous que vous pourriez renforcer votre rapport à la prévention dans votre vie quotidienne ?

	De quelle manière ces structures ont-elles eu une place importante dans votre vie, par rapport à votre santé ? Dans quelle situation avez-vous ressenti de la méfiance vis-à-vis des messages de prévention ? des médecins en général ?		
Sentiments	Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour appliquer les conseils de prévention de votre médecin ? Comment vous positionnez-vous par rapport aux soignants en général ? Dans quelle mesure votre situation de vie impacte-t-elle votre rapport au médecin ? Y a-t-il de la méfiance si oui pourquoi et quel exemple ? Que faites-vous en priorité avant de consulter les médecins ? Qu'est-ce que ça veut dire que vous n'êtes pas trop médicaments ?	Concrètement donnez-moi des exemples de situations où vous n'avez pas pu consulter le médecin. Quelles choses précisément vous ont empêché de consulter ? Dans quelles situations avez-vous ressenti de la discrimination par rapport à votre situation de précarité dans votre rapport avec la santé ? Vous êtes-vous déjà senti jugé ? Est-ce que cela a déjà impacté votre rapport au soin ?	Dans quelle mesure consulter un médecin impacte vos capacités de décision sur votre santé ? Donnez des exemples ++ Comment ce sujet de prévention pourrait davantage vous concerner ?

MOTS-CLÉS

prévention - précarité - accès aux soins - non recours - médecine générale

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOMS DES AUTEURS : COPIN Amandine DELAUNAY Marie		N° DE THÈSE : N° 2026-18
TITRE DE LA THÈSE : Non recours aux soins de prévention chez les personnes précaires		
RÉSUMÉ :		
Introduction : Le non recours aux soins des personnes en situation de précarité est une thématique mise en avant par les pouvoirs publics faisant de la prévention un vecteur général de promotion en santé. Le constat est qu'une moindre participation aux actions de prévention chez cette population contribue à une altération de leur état de santé. Objectifs : L'objectif principal était d'explorer les dynamiques de non-recours en matière de prévention des personnes en situation de précarité. Méthode : Une étude qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés (de juin 2025 à janvier 2026) dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Des volontaires âgés de 18 à 75 ans et répondant au score EPICES simplifié ont été sélectionnés. Une analyse par triangulation a été réalisée. Résultats: Les dix-huit entretiens ont suggéré une dynamique de priorisation des besoins du quotidien, laissant peu de place à la prévention. Les pratiques culturelles et familiales étaient privilégiées, en raison d'un sentiment de méfiance envers le système de santé. Les structures sociales semblent être un élément clé pour faire le lien avec le système médical. Conclusion: Notre étude suggère que cette population a une logique propre conduisant à un continuum entre recours et non recours. Ces résultats sont cohérents avec la littérature préexistante. Une meilleure prise en compte par le système de santé et du contexte culturel semblent être des pistes intéressantes à explorer pour améliorer l'accès aux soins de ces individus.		
MOTS CLÉS :		
- Prévention - Non recours - Précarité		- Accès aux soins - Médecine générale
JURY :		
Président :	Pr FRAPPE Paul	Faculté: Faculté de Saint-Etienne (42)
Assesseur :	Dr SAVALL Angélique Dr PHILIBERT Pascal	Faculté: Faculté de Saint-Etienne (42)
Directeur de thèse :	Dr FALCON Aurélien	Faculté: Faculté de Saint-Etienne (42)
DATE DE SOUTENANCE : 24 Avril 2026 à 17h00		
ADRESSE DES AUTEURS : Mme COPIN Amandine, 16 B rue de la République, 69700 GIVORS		
Mme DELAUNAY Marie, 85 rue Ferrachat, 42820 AMBIERLE		